



2014

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento
Cuestionario**

3 de diciembre de 2013

Indice

Secciones básicas.....	8
Sección 1: Estado de salud	8
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud; calidad de vida en relación con la salud	8
Sección 3: Acceso a atención médica	10
Sección 4: Ejercicio.....	11
Sección 5: Sueño insuficiente	12
Sección 6: Afecciones crónicas.....	12
Diabetes Gestacional	16
Pre-Diabetes	16
Sección 7: Salud bucal	17
Sección 8: Información demográfica	18
Sección 9: Consumo de tabaco	34
Sección 10: Consumo de alcohol	35
Sección 11: Inmunización	37
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad.....	41
Sección 14: Beber y manejar	41
Sección 15: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino	43
Sección 16: Pruebas de detección del cáncer de próstata	46
Sección 17: Pruebas de detección del cáncer colorrectal	48
Sección 18: VIH y sida	50
Módulos opcionales	52
Módulo 4: Acceso a atención médica	52
Módulo 17: Selección aleatoria de niños.....	56
Módulo 18: Prevalencia del asma infantil	60
State-Added Questions	61
Actividad Física de Niños	61
Autismo Infantil	61
Insurance and Access	64
Tobacco Questions	73
Conocimiento de los Anuncios del Tabaco	76
Medicamento para el Dolor por prescripción.....	77
Conocimiento de la Hipertensión	78
Prevalencia de Pre-Hipertensión	79
Ácido Fólico	80
Caminar.....	82
Closing.....	84

Guion para el encuestador

HOLA, llamo de parte del (departamento de salud). Mi nombre es (nombre). Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado). Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Hablo con el (número de teléfono) ?

Si la respuesta es "no":

Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós.
PARE.

¿Estoy hablando a un domicilio particular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento".

Sí [Pase al estado donde reside]
No [Pase a residencia universitaria]

No, solo teléfono del trabajo

Si la respuesta es "No, solo teléfono del trabajo":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas con líneas telefónicas en sus domicilios particulares.

PARE.

Residencia universitaria

¿Vive en una residencia universitaria?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por la universidad".

Sí [Pase al estado donde reside]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. PARE.

Estado donde reside:

¿Usted vive en ____ (estado) ____?

Sí [Pase a pregunta para teléfonos celulares]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en el estado de _____. **PARE.**

Teléfono celular

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

Nota para el encuestador: El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil que pueda usarse fuera de su vecindario”.

Si la respuesta es "Sí":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a residencias particulares o universitarias para realizar esta encuesta. **PARE.**

No

NOTA DE CATI: SI (residencia universitaria = Sí) continúe; de lo contrario pase a selección aleatoria de adulto.

Adulto

¿Tiene usted 18 años o más?

1 Sí, encuestado es hombre [Pase a la página 6]
2 Sí, encuestado es mujer [Pase a la página 6]
3 No

Si la respuesta es "No":

Muchísimas gracias, pero en este momento solo estamos entrevistando a personas de 18 años o más. **PARE.**

Selección aleatoria de adulto

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

— Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1",
¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es "Sí",
En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer (pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 6.**

Si la respuesta es "No",
¿El adulto es hombre o mujer? Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer.
¿Podría hablar con [indique (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]? **Pase a "persona que corresponde encuestar" en la próxima página.**

¿Cuántos de estos adultos son hombres y cuántas son mujeres?

— Cantidad de hombres

— Cantidad de mujeres

La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es_____ .

Si la respuesta es "usted", pase a la página 6.



A la persona que corresponde encuestar:

HOLA, llamo de parte del **(departamento de salud)** . Mi nombre es **(nombre)** . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **(estado)**. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

Secciones básicas

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **(dé el número de teléfono estatal que corresponda)**.

Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es —?: (80)

Por favor léale:

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular

O

- 5 Malo

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 2: Días en los que se siente bien de salud; calidad de vida en relación con la salud

2.1 Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones—, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (81–82)

— — Cantidad de días

8 8 Ninguno
7 7 No sabe/No está seguro
9 9 Se niega a contestar

2.2 Ahora piense en su salud mental —lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales—. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (83–84)

sección] Cantidad de días
 8 8 Ninguno [Si P2.1 y P2.2 = 88 (ninguno), pase a la siguiente
 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 Se niega a contestar

2.3 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas? (85-86)

Cantidad de días
 8 8 Ninguno
 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 Se niega a contestar

Sección 3: Acceso a atención médica

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o servicios de salud para poblaciones indígenas? (87)

1 Sí [Si es un estado bajo PPHF, pase a la pregunta 1 del módulo 4; de lo contrario, continúe]
 2 No
 7 No sabe/No está seguro
 9 Se niega a contestar

3.2 ¿Hay alguna persona a la que usted considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica personal?

Si la respuesta es "No", pregunte: “¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica personal?”.

- 1 Sí, solo una
- 2 Más de una
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3.3 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico, pero no pudo hacerlo por razones económicas?

(89)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si es un estado bajo PPHF, pase a la pregunta 3 del módulo 4; de lo contrario, continúe.

3.4 ¿Cuánto hace que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica.

(90)

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si es un estado bajo PPHF y P3.1 = 1, pase a la pregunta 4a del módulo 4; o si es un estado bajo PPHF y P3.1 = 2, 7 o 9, pase a la pregunta 4b del módulo 4; o si no es un estado bajo PPHF, pase a la siguiente sección.

Sección 4: Ejercicio

4.1 En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio, como correr, ejercicios calisténicos, jugar al golf, actividades de jardinería o caminar?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 5: Sueño insuficiente

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño (su patrón de dormir).

5.1 En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Anote la cantidad de horas que la persona duerme en números enteros, redondeando hacia arriba los 30 minutos (1/2 hora) o más y hacia abajo los 29 minutos o menos.

(92-93)

- — Cantidad de horas [01-24]
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 6: Afecciones crónicas

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre afecciones generales.

¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? Para cada una, responda “Sí”, “No” o “No estoy seguro”. (on the computer it cut off everything after the letter (l) in le)

6.1 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio?

(94)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.2 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (95)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.3 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular? (96)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.4 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (97)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P6.6]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P6.6]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P6.6]

6.5 ¿Usted todavía tiene asma? (98)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.6 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel? (99)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.7 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.8 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía epoc (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema o bronquitis crónica? (101)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.9 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (102)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El diagnóstico de la artritis incluye:

- reumatismo, polimialgia reumática
- artrosis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante; espondilosis
- síndrome del manguito de los rotadores
- enfermedad del tejido conjuntivo, esclerodermia, polimiositis, síndrome de Raynaud
- vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener poliarteritis nodosa)

6.10 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (103)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.11 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga ni incontinencia).

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.

(104)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.12 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes? (105)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: “¿Esto fue únicamente durante su embarazo?”.

Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta 4.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la mujer dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o intolerancia a la glucosa
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta P6.12 = 1 (Sí), pase a la siguiente pregunta. Para las otras respuestas a P6.12, vaya al módulo opcional de prediabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

6.13 ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

(106-107)

- | | |
|-----|---|
| – – | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 9 8 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |

NOTA DE CATI: Pase al módulo opcional de diabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

Diabetes Gestacional

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23 of diabetic women.

DMPREG. ¿Alguna vez usted ha estado embarazada?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | Sí | [Go to DMGEST] |
| 2 | No | [Go to next section] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [Go to next section] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [Go to next section] |

DMGEST. La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que es diagnosticada durante el embarazo. ¿Antes de que usted fuera diagnosticado con la diabetes, le dijo alguna vez un doctor, enfermera, u otro profesional de salud que usted tenía la diabetes gestacional?

- | | |
|---|---|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 3 | Tenia diabetes antes de quedar embarazada |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | REHÚSA CONTESTAR |

Pre-Diabetes

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

PREDM ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: “¿Esto fue únicamente durante su embarazo?”

(271)

- | | |
|---|----|
| 1 | Sí |
|---|----|

- 2 Sí, durante el embarazo
- 3 No
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 7: Salud bucal

7.1 ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como por ejemplo los ortodoncistas.

(108)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

7.2 ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encías? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión o trabajo de ortodoncia.

NOTA: Si le extrajeron las muelas del juicio por problemas de caries o de encías, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

(109)

- 1 1 a 5
- 2 6 o más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 8: Información demográfica

8.1	¿Qué edad tiene?	(110-111)
--	Codifique la edad en años	
0 7	No sabe/No está seguro	
0 9	Se niega a contestar	

8.2 ¿Es usted latino o hispano (for a female survey should use female tense latina o hispana), o de origen de español?

(112-115)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es usted...?

Nota para el encuestador: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 1 Mexicano, méxicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen latino o hispano o español

No le lea:

- 5 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.3 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (Missing Diria que Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiatico, Isleno del Pacifico U otro)

(116-143)

Nota para el encuestador: Seleccione todas las que correspondan.

Nota para el encuestador: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

Por favor léale:

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indioamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino

- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si hay más de una respuesta a P8.3, continúe; de lo contrario, pase a P8.5.

8.4 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?

Nota para el encuestador: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo del título principal.

(144-145)

10 Blanco**20 Negro o afroamericano****30 Indoamericano o nativo de Alaska****40 Asiático**

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro

- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

- 8.5** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(146)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

- 8.6** ¿Es usted...?

(147)

Por favor léale:

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca estuvo casado

O

- 6 Vive en pareja sin estar casado

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.7 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (148-149)

- — Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno
- 9 9 Se niega a contestar

8.8 ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha alcanzado? (150)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solo fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grado (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grado (algunos estudios secundarios)
- 4 12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 5 1 a 3 años de **universidad (algunos estudios universitarios o técnica)**
- 6 4 años o más de universidad (graduado de estudios universitarios)

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.9 ¿Es usted actualmente...? (151)

Por favor léale:

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado por 1 año o más
- 4 **Ha estado** (remove highlight capitalize (d)) desempleado por menos de 1 año
- 5 **(Encargado en las tareas del hogar) La mujer o el hombre que se ocupa de las tareas de la casa**
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

O

- 8 No puede trabajar

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

Modulo 14: Industria y Ocupacion

If Core Q8.9 = 1 or 4 (Employed for wages or out of work for less than 1 year) or 2 (Self-employed), continue else go to 8.10.

M14Q01 Ahora voy a preguntarle acerca de su obra (trabajo).

If Core Q8.9 = 1 (Employed for wages) or 2 (Self-employed) ask,

1. ¿Qué tipo de trabajo hace usted? (por ejemplo, una enfermera, conserje, cajero, mecánico de automóviles)

ENTREVISTADOR NOTA: Si el entrevistado no está claro, preguntar "¿Cuál es el título de su trabajo?"

ENTREVISTADOR NOTA: Si la persona encuestada tiene más de un trabajo, entonces pregunte, "¿Cuál es su ocupación principal?"

[Respuesta] _____
99 Se rehusa

Or

If Core Q8.9 = 4 (Out of work for less than 1 year) ask,

¿Qué tipo de trabajo hace usted? (por ejemplo, una enfermera, conserje, cajero, mecánico de automóviles) (429-453)

INTERVIEWER NOTE: If respondent is unclear, ask "What was your job title?"

INTERVIEWER NOTE: If respondent had more than one job then ask, "What was your main job?"

[Respuesta] _____
99 Se rehusa

If Core Q8.9 = 1 (Employed for wages) or 2 (Self-employed) ask,

M14Q02 ¿En qué tipo de negocio o industria trabaja usted? (por ejemplo, hospital, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurante)

(473-572)

[Respuesta] _____
99 Se rehusa

Or

If Core Q8.9 = 4 (Out of work for less than 1 year) ask,

¿En qué tipo de negocio o industria trabajaba usted? (por ejemplo, hospital, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurante)

[Respuesta] _____
99 Se rehusa

8.10 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:
(152-153)

Si la persona encuestada no desea responder a NINGUNO de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código '99' (Se niega a contestar).

Lea lo siguiente solo si es necesario:

0 4 Menos de \$25, 000 dólares “No”, pregunte 05; “Sí”, pregunte 03
(entre \$20, 000 y menos de \$25, 000 dólares)

0 3 Menos de \$20, 000 dólares “No”, codifique 04; “Sí”, pregunte 02
(entre 15, 000 y menos de 20, 000 dólares)

0 2 Menos de \$15, 000 dólares “No”, codifique 03; “Sí”, pregunte 01
(entre \$10, 000 y menos de \$15, 000 dólares)

0 1 Menos de \$10, 000 dólares Si la respuesta es “No”, codifique 02

0 5 Menos de \$35, 000 dólares Si la respuesta es “No”, pregunte 06
(entre \$25, 000 y menos de \$35, 000 dólares)

0 6 Menos de \$50, 000 dólares Si la respuesta es “No”, pregunte 07
(entre \$35, 000 y menos de \$50, 000)

0 7 Menos de \$75, 000 dólares Si la respuesta es “No”, codifique 08
(entre \$50, 000 y menos de \$75, 000 dólares)

0 8 \$75, 000 dólares o más
(Add (\$) and (,) remove dólares)

No le lea:

7 7 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

8.11 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (154-157)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 154.

Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba

_ _ _ _ Peso
 (libras/kilogramos)
 7 7 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 9 9 Se niega a contestar

8.12 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (158-161)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 158.

Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo

_ _ / _ _ Estatura
 (pies/pulgadas/metros/centímetros)
 7 7 / 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 / 9 9 Se niega a contestar

8.13 ¿En qué condado vive? (162-164)

_ _ _ Código ANSI del condado (anteriormente código FIPS del condado)
 7 7 7 No sabe/No está seguro
 9 9 9 Se niega a contestar

8.14 ¿Cuál es el código postal de donde vive? (165-169)

_ _ _ _ _ Código postal
 7 7 7 7 7 No sabe/No está seguro

99999 Se niega a contestar

8.15 ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya teléfonos celulares ni teléfonos que solo se utilicen para una computadora o un fax. (170)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P8.17] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.17] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P8.17] |

8.16 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (171)

- | | |
|---|--|
| — | Números de teléfono particulares [6 = 6 o más] |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

8.17 ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para uso personal y **laboral** (para el trabajo). (172)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | [Pase a P8.19] |
| 2 | No | [Pase a P8.19] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.19] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P8.19] |

8.18 Piense en todas las llamadas que recibe en su teléfono fijo y en su teléfono celular. ¿Qué porcentaje de llamadas, de 0 a 100, recibe en su teléfono celular? (173-175)

- | | |
|-------|-------------------------------|
| — — — | Anote el porcentaje (1 a 100) |
| 8 8 8 | Cero |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

8.19 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días? (176)

- | | |
|---|----|
| 1 | Sí |
| 2 | No |

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.20 ¿Vive en casa propia o rentada? (177)

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación” puede incluir una vivienda colectiva o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.

NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.

8.21 Indique el sexo de la persona encuestada. **Pregunte solo si es necesario.** (178)

- 1 Hombre [Pase a P8.23]
- 2 Mujer [Si la persona encuestada tiene 45 años o más, pase a P8.23]

8.22 Que usted sepa, ¿está embarazada? (179)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

SEXOR La investigación ha mostrado que algunos miembros de la comunidad de minorías sexuales tienen factores de riesgo de salud importantes. Estamos recopilando información acerca de la orientación sexual, para saber si esto es la verdad en Utah. (Nota para el entrevistador: Leer las letras para cada respuesta de abajo y deje que el demandado para contestar con sólo una letra si así lo desean. Definiciones para cada opción de respuesta se puede leer, si es necesario.)

USTED SE CONSIDERA:

1. LESBIANA O HOMOSEXUAL

(Si es necesario: Una persona que tiene relaciones sexuales con y / o se atrae principalmente a personas del mismo sexo)

2. HETEROSEXUAL

(Si es necesario: Una persona que tiene relaciones sexuales con y / o se siente atraído principalmente por personas del sexo opuesto)

3. BISEXUAL

(Si es necesario: Una persona que tiene relaciones sexuales con y / o se siente atraída por personas de ambos sexos)

O

4. OTRA

Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

NO LEER

7. NO SABE / NO ESTA SEGURO

9. SE REHUSA

Las preguntas siguientes se refieren a problemas de salud o limitaciones que pueda tener.

8.23 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (180)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.24 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que lo obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (181)

NOTA: Incluya el uso ocasional o en ciertas circunstancias.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.25 ¿Es (Esta) ciego o tiene alguna dificultad seria para ver, aun cuando usa lentes? (182)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.26 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene problemas graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (183)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.27 ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir las escaleras? (184)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.28 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? (185)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.29 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer trámites (los mandados) solo, como ir al médico o de compras? (186)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 9: Consumo de tabaco

9.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(187)

NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P9.5]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P9.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P9.5]

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “En cigarrillos, no incluya cigarrillos electrónicos (e-cigarettes, NJOY, Bluetip), cigarrillos herbarios, cigarros, puros, puritos, pipas, bidis, kreteks, pipas de agua (narguiles) ni marihuana”.

9.2 ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada?

(188)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 No fuma para nada [Pase a P9.4]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P9.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P9.5]

9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(189)

- 1 Sí [Pase a P9.5]
- 2 No [Pase a P9.5]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P9.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P9.5]

QUIT30 Durante los últimos 30 días, ¿ha dejado de fumar por un día (this is missing on the computer) o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

- 1. Sí [Pase a Q9.5]
- 2. No [Pase a Q9.5]
- 7 No sabe / No esta seguro [Pase a Q9.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a Q9.5]

9.4 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)? (190-191)

- 0 1 En el último mes (hace menos de 1 mes)
- 0 2 En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 3)
- 0 3 En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses, pero menos de 6)
- 0 4 En el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año)
- 0 5 En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5)
- 0 6 En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10)
- 0 7 10 años o más
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

9.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o para nada?

***Snus* (rima con ‘bus’)**

NOTA: El *snus* (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía.

(192)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Para nada

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 10: Consumo de alcohol

10.1 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o licor?

(193-195)

- 1 _ _ Días por semana
- 2 _ _ Días en los últimos 30 días
- 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días **[Pase a la siguiente sección]**

7 7 7 No sabe/No está seguro

9 9 9 Se niega a contestar

[Pase a la siguiente sección]

10.2

Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó en promedio?

(196-197)

NOTA: Una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.

-- Cantidad de tragos

7 7 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

10.3

Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X** (in place of X should say 4 or 5) tragos o más [**X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres (NOTA DE CATI)**]?

(198-199)

-- Cantidad de veces

8 8 Ninguna

7 7 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

10.4 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?

(200-201)

- — Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 11: Inmunización

Ahora, le haré preguntas sobre la vacuna contra la influenza o gripe. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza: una es mediante una inyección en el brazo, y la otra es mediante un aerosol o atomizador nasal llamado FluMist™.

11.1 En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una inyección contra la influenza o le aplicaron la vacuna en atomizador en la nariz?

(202)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:

En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna Fluzone Intradérmica. También es considerada una inyección contra la influenza.

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P11.3]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P11.3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P11.3]

11.2 ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya (que) fuera inyectada en su brazo o en atomizador aplicado en la nariz?

(203-208)

- — / — — — — Mes y año
- 7 7 / 7 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 / 9 9 9 9 Se niega a contestar

11.3 Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es distinta (diferente) a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene ≤ 49 años, pase a la siguiente sección.

La siguiente pregunta es acerca de la vacuna contra la culebrilla.

11.4 ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster? (210)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR (léala si es necesario): La culebrilla es causada por el virus de la varicela. Es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede acompañarse de dolor intenso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna contra la culebrilla: se llama Zostavax[®], vacuna contra el herpes zóster o vacuna contra la culebrilla (*shingles*, en inglés).

Sección 12: Caídas

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene 45 años o más, continúe; de no ser así, pase a la siguiente sección.

Ahora le voy a hacer preguntas sobre caídas recientes. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

12.1 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (211-212)

- | | | |
|-----|------------------------|-------------------------------|
| -- | Cantidad de veces | [76 = 76 o más] |
| 8 8 | Ninguna | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

12.2 [Pida más información: “Esta caída (relacionada con la pregunta P12.1), ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P12.1 indicó solo una caída y la respuesta fue “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si fue “No”, codifique 88.

¿Cuántas de estas caídas le causaron alguna lesión? Por lesión, nos referimos a una caída que haya limitado sus actividades normales al menos por un día o que haya tenido que ir al médico.

(213-214)

--	Cantidad de caídas [76 = 76 o más]
8 8	Ninguna
7 7	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

13.1 ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que...

(215)

Por favor léale:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca maneja ni viaja en automóvil
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si P13.1 = 8 (Nunca maneja ni viaja en automóvil), pase a la sección 15; de lo contrario, continúe.

Sección 14: Beber y manejar

NOTA DE CATI: Si P10.1 = 888 (Ningún trago en los últimos 30 días), pase a la siguiente sección.

La siguiente pregunta se refiere a manejar en estado de ebriedad.

14.1 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado?

(216-217)

- Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 15: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino

NOTA DE CATI: Si el encuestado es hombre, pase a la siguiente sección.

Las siguientes preguntas se refieren al cáncer de mama y al cáncer del cuello uterino.

15.1. La mamografía es una radiografía que se hace a cada uno de los senos para detectar la presencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (218)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P15.3] |
| 7 | No sabe/No está segura | [Pase a P15.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P15.3] |

STMAM5 (*Pregunte solamente en qstpath 11/21.*) ¿Cuál fue la razón más importante que tienes tu mamografía?

- No lea. Marca solamente una.**
- | | |
|----|--|
| 1 | examen de rutina / anual |
| 2 | para mantenerse sano / a prevenir el cáncer |
| 3 | Tenia / sintió un nudo; problemas en los senos |
| 4 | médico se lo recomendara |
| 5 | tranquilidad de espíritu |
| 6 | aliento de amigos / familia |
| 7 | para detectar el cáncer |
| 8 | conoce a alguien con cáncer de mama |
| 9 | antecedentes familiares |
| 10 | historia personal pasado |
| 11 | seguros estaba terminando |
| 12 | edad |
| 66 | otra |
| 77 | no sabe / no esta seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

15.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (219)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

15.3

Un examen clínico de mama es cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de una paciente para sentir si hay bultos.
¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama?

(220)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P15.5]**
- 7 No sabe/No está segura **[Pase a P15.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P15.5]**

15.4 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de mama? (221)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

15.5 El Papanicoláu o "Pap" es una prueba para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicoláu? (222)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P15.7]
- 7 No sabe/No está segura [Pase a P15.7]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P15.7]

15.6 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicoláu? (223)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P8.22 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.

15.7 ¿Le han hecho una histerectomía? (224)

Lea lo siguiente solo si es necesario: La histerectomía es una operación para extirpar el útero (la matriz).

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Sección 16: Pruebas de detección del cáncer de próstata

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene ≤ 39 años, o es mujer, pase a la siguiente sección.

Ahora le haré algunas preguntas sobre las pruebas de detección del cáncer de próstata.

16.1 La prueba del antígeno prostático específico, también llamada prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se les hace a los hombres para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las ventajas de la prueba del PSA?

(225)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

16.2 ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las desventajas de la prueba del PSA?

(226)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

16.3 ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le recomendó que se hiciera la prueba del PSA?

(227)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

16.4. ¿ALGUNA VEZ se ha hecho la prueba del PSA? (228)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la siguiente sección]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a la siguiente sección]
- 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente sección]

16.5. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (229)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

16.6. ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerse la prueba del PSA? ¿Fue...? (230)

Por favor léale:

- 1 Parte de un examen de rutina
- 2 Debido a un problema en la próstata
- 3 Porque había antecedentes de cáncer de próstata en la familia
- 4 Porque le dijeron que tenía cáncer de próstata
- 5 Algún otro motivo

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro

Sección 17: Pruebas de detección del cáncer colorrectal

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene ≤ 49 años, pase a la siguiente sección.

Las siguientes preguntas son sobre las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

17.1 La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit casero? (231)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P17.3]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P17.3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P17.3]

17.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit casero? (232)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

17.3 La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (233)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la siguiente sección]

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[Pase a la siguiente sección]
[Pase a la siguiente sección]

**CATI Note: if 17.3=1 and age>=50 and qstpath=12,13,22,23, then go to STCC1.
If 17.3=1 and age<50 then go to 17.4.**

STCC1 ¿Cuál es la razón más importante que tienes tu sigmoidoscopia o una colonoscopia?

No lea. Marca solamente una.

- 01 chequeo de rutina
- 02 Para mantenerse sano / previene el cáncer
- 03 habian síntomas
- 04 recomendado por doctor
- 05 Tranquilidad de espíritu
- 06 Animado por amigos / familia
- 07 Para detectar cáncer
- 08 Conoce a alguien con cáncer colorrectal
- 09 antecedentes familiares
- 10 Historia personal de antes
- 11 Seguro estaba terminando
- 12 Edad

- 66 Otra
- 77 No Sabe / No Esta Seguro
- 99 Se niega a contestar

17.4 En la SIGMOIDOSCOPIA, se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas.

La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero utiliza un tubo más largo. Por lo general, se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya a hacerse el examen acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿El examen MÁS RECIENTE que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(234)

- 1 Sigmoidoscopia
- 2 Colonoscopia
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

17.5 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(235)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 18: VIH y sida

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el sida. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

18.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (236)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al módulo opcional de transición]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase al módulo opcional de transición]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al módulo opcional de transición]**

18.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (237-242)

NOTA: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".
INSTRUCCIONES DE CATI: Si la persona encuestada recuerda el año, pero no el mes, codifique los primeros dos dígitos 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

__ / __ __ __ __ Codifique mes y año
 77 / 7777 No sabe/No está seguro

9 9/ 9 9 9 9 Se niega a contestar/No está seguro

18.3

¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH? ¿En el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, una sala de emergencias, durante una hospitalización en un hospital, en una clínica, una cárcel o prisión, en un centro de rehabilitación contra las drogas, en la casa o en algún otro sitio?

(243-244)

- 0 1 Consultorio de un médico particular o de una HMO
- 0 2 Centro de consejería y pruebas del VIH
- 0 9 Sala de emergencias
- 0 3 Hospital (hospitalizado)
- 0 4 Clínica
- 0 5 Cárcel o prisión (u otro centro correccional)
- 0 6 Centro de rehabilitación contra las drogas
- 0 7 Casa
- 0 8 En algún otro sitio
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

Módulos opcionales

Módulo 4: Acceso a atención médica

1. ¿Tiene Medicare? (281)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Nota: Medicare es un plan de cobertura para personas de 65 años o más y para ciertas personas con discapacidad.

2. ¿Cuál es su principal seguro de cobertura médica? Es... (282-283)

Por favor léale:

- 01 Un plan adquirido a través de un empleador o sindicato (**incluidos los planes adquiridos a través del empleador de otra persona**)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS), VA, o el plan de las Fuerzas Armadas
- 06 Servicios para los nativos de Alaska, Servicio de Salud de Poblaciones Indígenas (Indian Health Service), servicios de salud tribales
- 07 Otro seguro
- 08 Ninguno (no tiene seguro de salud)

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada dice que adquirió un seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (nombre del mercado estatal), pregunte si se trata de un plan de seguro de salud privado adquirido por su cuenta o por un miembro de su familia (privado), o si recibió Medicaid (plan estatal). Si la persona

encuestada lo adquirió por su cuenta (o a través de un miembro de la familia), seleccione 02; si es Medicaid, seleccione 04.

Othtype ¿Tiene cobertura de salud adicional que no sea [la respuesta auto-llenado de M04Q02]?

1. Si (**Go to MCOV Type**)
2. No (**Go to C03Q02**)
3. No Sabe/No Esta Seguro (**Go to C03Q02**)
9. Rehusó (**Go to C03Q02**)

MCovType ¿Qué otra fuente o fuentes de cobertura de salud tiene usted?

(Seleccione todas las que apliquen. Lea sólo si es necesario)

01. Un plan comprada de un empleador o sindicato (incluye planes de otra persona)
02. Un plan que usted u otro miembro de la familia paga por su cuenta
03. Medicare
04. Medicaid u otro programa del estado
05. Tricare (antes conocido a Champus) VA o Militar
06. Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribal
07. Algun otro fuente
08. Ninguno (sin cobertura)
77. No Sabe/No esta seguro
99. Rehusó

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada dice que adquirió un seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (nombre del mercado estatal), pregunte si se trata de un plan de seguro de salud privado adquirido por su cuenta o por un miembro de su familia (privado), o si recibió Medicaid (plan estatal). Si la persona encuestada lo adquirió por su cuenta (o a través de un miembro de la familia), seleccione 02; si es Medicaid, seleccione 04.

NOTA DE CATI: Si es un estado bajo PPHF, pase a la pregunta básica P3.2.

- 3.** Aparte del costo, hay otras razones por las cuales las personas tardan en obtener la atención médica que necesitan.

¿Se ha tardado en obtener la atención médica que necesita por alguna de las siguientes razones en los últimos 12 meses? Seleccione la razón más importante.

(284)

Por favor léale:

- 1 No logró que pasara la llamada.
- 2 No pudo conseguir una cita pronto.
- 3 Cuando llegó, tuvo que esperar demasiado para ver al médico.
- 4 El consultorio clínico o del médico no estaba abierto cuando llegó.
- 5 No tenía transporte.

No le lea:

- 6 Otra razón _____ (especifique)

(285-309)

8 No, no me demoré en obtener atención médica/no necesitaba atención médica.

- 7 No sabe/No está seguro

- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si es un estado bajo PPHF, pase a la pregunta básica P3.4.

NOTA DE CATI: Si P3.1 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase a P4b.

- 4a.** ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, hubo algún momento en que NO tuviera NINGÚN tipo de seguro o cobertura médica?

(310)

- 1 Sí [Pase a P5]
- 2 No [Pase a P5]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P5]

NOTA DE CATI: Si P3.1 = 2, 7 o 9, continúe; de lo contrario, pase a la siguiente pregunta (P5).

4b. ¿Cuánto hace que no tiene cobertura médica? (311)

- 1 Hace 6 meses o menos
- 2 Hace más de 6 meses, pero menos de 1 año
- 3 Hace más de 1 año, pero menos de 3 años
- 4 Hace más de 3 años
- 5 Nunca
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. ¿Cuántas veces ha ido a ver a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses?

(312-313)

- Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que no haya tomado sus medicamentos de la manera en que se le indicó por razones económicas? No incluya los medicamentos que no requieren receta (OTC, por sus siglas en inglés). (314)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

- 3 No se le recetó ningún medicamento
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. En general, ¿**está satisfecho** (**Que tan satisfecho esta**) con la atención médica que recibió? ¿Diría usted que está...?

Por favor léale:

(315)

- 1 Muy satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Para nada satisfecho

No le lea:

- 8 No corresponde
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. En la actualidad, ¿tiene alguna cuenta médica que esté **pagando de a poco** (**pagando con el tiempo**)?

(316)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR:

Esto puede incluir cuentas médicas que estén pagando con una tarjeta de crédito, mediante préstamos personales o en cuotas de pago acordadas con el hospital u otros proveedores. Las cuentas pueden ser tanto de este año como de años anteriores.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Las cuentas de atención médica pueden incluir costos médicos, dentales, de terapia física o de quiropráctica.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si es un estado bajo PPHF, pase a la sección de preguntas básicas 4.

Módulo 17: Selección aleatoria de niños

NOTA DE CATI: Si en la pregunta básica P8.7 = 88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en la casa o se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 1, léale: “Anteriormente, usted mencionó que en su casa había un niño de 17 años o menos. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese niño”.

[Pase a P1]

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 es > 1 y la respuesta a la pregunta básica P8.7 no es 88 ni 99, por favor léale: “Anteriormente usted mencionó que en su casa había [cantidad] niños de 17 años o menos. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero en nacer y el menor el último. Incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como los mellizos o gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento”.

INSTRUCCIONES DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el "X." niño. En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la “X” por el número correspondiente al niño elegido.

ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el “X.” [CATI: Por favor indique el número correspondiente] de los niños que viven en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al “X.” niño [CATI: por favor llene los espacios]. (On the computer versión says hijo in place of niño)

1. ¿En qué mes y año nació el "X." niño? (question is missing on the computer) (584-589)

--/--	Codifique mes y año
77/7777	No sabe/No está seguro
99/9999	Se niega a contestar

INSTRUCCIONES DE CATI: Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también la edad en años (EDADNIÑO2=0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el día del nacimiento. Si el niño seleccionado tiene < 12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥ 12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y anote EDADNIÑO2=Trunco (EDADNIÑO1/12).

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (590)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (On computer reads “Usted es”) needs to be like shown here (591-594)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es...?

Nota para el encuestador: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 1 Mexicano, méxicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen latino o hispano, o español

No le lea:

- 5 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza del niño? **(Missing: Diría que Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático, Isleño del Pacífico U otro)**

(595-622)

(Seleccione todo lo que corresponda) .

Nota para el encuestador: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indioamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?

(623-624)

Nota para el encuestador: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

10 Blanco

20 Negro o afroamericano

30 Indoamericano o nativo de Alaska

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño? (625)

Por favor léale:

- 1 Padre o madre (incluidos padres biológicos, adoptivos, padrastro o madrastra)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre sustituto (*foster parent*)
- 4 Hermano o hermana (incluidos hermanos biológicos, adoptivos o hermanastros)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 18: Prevalencia del asma infantil

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 (ninguno) o 99 (se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X.” niño (On computer says **mero** instead of **niño shown here**) [CATI: Complete con el número correspondiente al niño].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (On computer reads **1nino**) should read like shown here) (626)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al siguiente módulo]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]
- 9 Se niega a contestar [Pase al siguiente módulo]

2. ¿El niño aún tiene asma?

(627)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

State-Added Questions

Actividad Física de Niños

Ask on all questionnaires.

CATI note: If Core Q8.7 = 88, or 99 (No children under age 18 in the household, or Refused), go to next module.

CHILDPA Durante una semana normal, Por cuantos días su niño(a) juega por lo menos una hora juegos físicamente activos? Esto incluye jugando, caminando a la escuela, Educación física, deportes (deportes), andar en bicicleta o andar en monopatín.

-- Numero de Dias (01-07)

- 88. Ninguno
- 77. No sabe/No esta seguro
- 99. Rehusa contestar

Autismo Infantil

Ask on all questionnaires.

CATI note: If Core Q8.7 = 88, or 99 (No children under age 18 in the household, or Refused), go to next module.

Autism1 Un proveedor médico u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía Autismo, Asperger , Trastorno generalizado del desarrollo , Trastornos del espectro autista ?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/No esta seguro Don't know / Not sure
- 9 Se rehusa

Autism2 ¿ Actualmente el niño tiene la condición?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/No esta seguro Don't know / Not sure
- 9 Se rehusa

Autism3 Podria describir la condición del niño/a como leve, moderado, o severo?

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 severo

- 7 No sabe/ No esta seguro Don't know/not sure
- 9 Se rehusa

Autism4 En qué lugar le dijeron por primera que el niño tenía autismo o trastorno del espectro autista ? ¿Fue la escuela , centro de salud, o alguna otra lugar?

Interviewer note: This question is asking the setting where a child was first diagnosed with Autism.

DO NOT READ

- 1 Escuela
- 2 Centro de Salud (Incluye Departamento de Salud)
- 3 Otro (Specify _____)

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa

Autism5 Que tipo de medico o proveedor de salud proporciono el diagnostico por primera vez?

DO NOT READ

- 1 Pediatra General
- 2 Pediatra del desarrollo
- 3 Psiquiatra Infantil
- 4 Psicologo Infantil
- 5 Equipo de evaluación de la escuela
- 6 Terapeuta del Habla
- 7 Neurologo
- 8 Otro (Specify _____)

- 77 No sabe/No esta seguro
- 99 Se rehusa

Autism6 ¿Qué edad tenía el niño cuando le dijeron por primera vez que él / ella tenía autismo o ASD?

__ Edad en Años (1-17)

- 88 Menos de 1 año de edad
- 77 No sabe/No esta seguro Don't know/not sure
- 99 Se rehusa

CATI Note: If Autism2=2, continue. If Autism2=1,7,9 then go to next section.

Autism7 Anteriorment usted dijo que el niño/a actualmente no tiene Autismo o ASD. A lo mejor de su conocimiento, alguna vez el niño ha tenido autismo o ASD?

- 1 Si (go to Autism8a)
- 2 No (go to Autism8b)
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa

Autism8a Voy a leer una lista de razones por las que el niño/a ya no puede tener autismo . Para cada opción , por favor dígame si se aplica a su niño/a. *(Select all that apply.)*

- 1 El tratamiento ayudo a la condición a que desaparezca.
- 2 La condición pareció desaparecer por si sola.
- 3 Comportamientos o síntomas cambiaron.
- 4 Un médico u otro proveedor de atención medica cambiaron el diagnostico.
- 5 Por alguna otra razón.
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se rehusa

Autism8b Voy a leer una lista de razones por las que un médico, proveedor de atención médica o profesional de la escuela le haya dicho que el niño tenía una enfermedad que [él / ella] nunca tuvo. Para cada opción , por favor dígame si se aplica al niño/a.

(Select all that apply.)

- 1 Con mas información, el diagnostico cambio.
- 2 El diagnóstico fue dado para que el niño pueda recibir los servicios necesarios.
- 3 Usted no estaba de acuerdo con la opinión del médico u otro proveedor de de que el niño tenia autismo o ASD.
- 4 Por alguna otra razón Some other reason
- 7 No sabe / no está seguro

Insurance and Access

Ask on questionnaires 11 and 21. Ask 'K' questions of all respondents with a randomly selected child.

All question names beginning with a K will be asked about the randomly selected child. If C03Q01=2,7,9 then ask CovMed and CovType. Otherwise, skip to KCovType.

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su cobertura [y de su hijo] de seguro de salud.

[Si C03Q01=2 Lea: Anteriormente usted dijo que no tenía ninguna cobertura de salud. Hay algunos tipos de planes que pueden no haber considerado.]

COVtype Esta actualmente cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro medico o planes de cobertura medica?
(Seleccione todos los que apliquen)

Por favor léale:

- 01 Un plan comprada de un empleador o sindicato (incluye planes de otra persona)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS), VA, o el plan de las Fuerzas Armadas
- 06 Servicios de nativos de Alaska, o de Poblaciones Indígenas, o de salud tribales

- 07 Otro seguro
- 08 Ninguno (no tiene seguro de salud)

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada dice que adquirió un seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (nombre del mercado estatal), pregunte si se trata de un plan de seguro de salud privado adquirido por su cuenta o por un miembro de su familia (privado), o si recibió Medicaid (plan estatal). Si la persona encuestada lo adquirió por su cuenta (o a través de un miembro de la familia), seleccione 02; si es Medicaid, seleccione 04.

If no selected child, skip to instructions before WHY.

KCOVtype Está el niño actualmente **cubiertos (cubierto)** por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud?

(82)

Por favor leer:

- 01 Un plan comprada de un empleador o sindicato (incluye planes de otra persona)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS), VA, o el plan de las Fuerzas Armadas
- 06 Servicios de nativos de Alaska, o de Poblaciones Indígenas, o de salud tribales

- 07 Otro seguro
- 08 Ninguno (no tiene seguro de salud)

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

If KCOVtype = 01 – 09, then skip to KCOV12. Otherwise, continue. **At this point, CATI determines the insurance status of the child. 1=insured, 2=uninsured. Insured kids will go to KCOV12, uninsured kids will go to KUNINS.

KUNINS ¿Por cuántos meses ha estado el niño sin seguro medico?

- 00 Menos de 4 semanas (**Skip to KWHY1**)
- 01-60 Poner # de meses (**Skip to KWHY1**)
- 61 Mas de 5 años (**Skip to KWHY1**)
- 77 No sabe/No esta seguro (**Skip to KWHY1**)
- 99 Se rehusa contestar (**Skip to KWHY1**)

KCOV12 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que el niño no tenía ningún seguro de salud o cobertura?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

****At this point CATI determines the insurance status of the adult.**

Adult is insured if they answered 01 to Module 4 Question 1, OR 01 – 07 to Module 4 Question 2 (M04Q02), OR if they answered 1 to COVMed, OR if they answered 01-07 to COVtype.

Adult is uninsured if they answered 88 to M04Q02 or to COVtype. 1=insured, 2=uninsured.

If adult is insured, then skip to KWHY.

WHY Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro medico. Por favor, dígame qué razones se aplican a usted. ¿No tiene seguro porque?

CATI note: display words in brackets if there is more than 1 adult living in the household.

Lea las respuestas, seleccione todos los que correspondan.

- 1 El empleador de usted o de otra persona no ofrece seguro de salud.
- 2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo
- 3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal
- 4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia
- 5 Las primas cuestan demasiado
- 6 Está sano y decidió que sería mejor ir sin seguro
- 7 la compañía de seguros se negó a cubrirle
- 8 ¿Ha perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP, o
- 66 Alguna otra razón?

- 77 No sabe / no está seguro
- 99 Se rehusa contestar

If WHY=5 then ask:

WHYcost Existe una condición de salud que haya hecho que las primas cuestan mucho?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE Rehusa CONTESTAR

If WHY=7 then ask:

WHYpec ¿La compañía de seguros se niegan a cubrir debido a una condición preexistente?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

If WHY=8 then ask:

WHYelig ¿Perdió la elegibilidad para Medicaid o CHIP porque

Lea:

- 1 Los ingresos de la familia aumentaron,
- 2 Los papeles para completar elegibilidad no fueron completados,
- 3 Ya no estaba embarazada o paso el año de edad de elegibilidad
- 4 Usted perdió su trabajo, o
- 5 Qual quiera otra razon

No leer

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

If no children, OR child is insured, then skip to WHYemp.

KWHY Ahora me gustaría preguntarle acerca de las razones por qué el niño podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor dígame qué razones se aplican al niño. ¿Es el niño sin seguro porque

CATI note: display words in brackets if there is more than 1 adult living in the household.

Lea las respuestas, seleccione todos los que correspondan.

- 1 El empleador de usted o de otra persona no ofrece seguro de salud para el niño
- 2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo
- 3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal
- 4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia
- 5 Las primas cuestan demasiado
- 6 El niño está sano y estan seguros de que [él / ella] esta mejor sin seguro medico
- 7 La compañía de seguros se negó a cubrir [él / ella]
- 8 El niño perdido elegibilidad para Medicaid o CHIP o alguna otra razón?
- 66
- 77 No sabe / no está seguro
- 99 Se rehusa contestar

If kWHY=5 then ask:

KWHYcost Existe una condicion de salud que haya hecho que las primas cuestan mucho?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE Rehusa CONTESTAR

If KWHY=7 then ask:

KWHYpec ¿La compañía de seguros se nego a cubrir al niño debido a una condición preexistente?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

If KWHY=8 then ask:

KWHYelig ¿El niño perdió la elegibilidad para Medicaid o CHIP porque

Lea:

- 1 Los ingresos de la familia aumentaron,
- 2 Los papeles para completar elegibilidad no fueron completados,
- 3 Ya no estaba embarazada o paso el ano de adad de elegibilidad
- 4 Usted perdió su trabajo, o
- 5 Qual quiera otra razon

No leer

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa contestar

If respondent is only adult in HH and is unemployed OR if adult is insured skip to

KWHYemp.

WHYemp Estamos interesado en saber si hay personas que podrían obtener seguro medico por medio de su empleador, pero deciden no tomarla.

Podria usted estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

If no children OR child is insured OR child is uninsured and # of adults = 1 and the adult is unemployed, skip to INSDELY.

KWHYemp [if no uninsured adult, then read: Estamos interesado en saber si hay personas que podrían obtener seguro medico por medio de su empleador, pero deciden no tomarla.

El niño podría estar cubierto por algun plan que se ofrece por medio de su empleador?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

If adult uninsured for more than 12 months (M04Q04b = 3, 4, or 5) then skip to KINSDELY. INSDELY (*Skip if adult has been uninsured for more than 12 months (M04Q04b>12 months).*)

Las siguientes preguntas son acerca de las razones por las cuales las personas tardan o tienen problemas para obtener cuidado medico, dental, salud mental o otro tipo de cuidado para si mismos.

En los ultimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico para usted porque el servicio no lo cubria su aseguranza.

Nota para el entrevistador: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si **actualmente no tienen** seguro. La razon es que en **algun momento de los ultimos 12 meses** que haya tenido seguro y se encontro con este problem.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 La persona no ha tenido seguro medico en los ultimos 12 meses

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

If no children OR child uninsured for more than 12 months (KUNINS>12) then skip to SERVDELY.

KINSDELY (*Skip if child has been uninsured for more than 12 months, KUNINS>12 months.*) En los ultimos 12 meses, el nino(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico proque el servicio no lo cubria su aseguranza?

Nota para el entrevistador: Esta pregunta se hace a todas las personas, incluso si **actualmente no tienen** seguro. La razon es que en **algun momento de los ultimos 12 meses** que haya tenido seguro y se encontro con este problem.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 La persona no ha tenido seguro medico en los ultimos 12 meses

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

SERVDELY ¿En los últimos 12 meses, tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio no es ofrecido en su area?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

KSERVDEL ¿En los últimos 12 meses, el niño(a) tubo algun problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio no era ofrecido en el área del niño?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

KCOSTDEL Pensando en el niño(a), en los últimos 12 meses tubo algún problema o retraso en obtener cuidado medico porque el servicio costaba mucho?

- 1 Sí
- 2 No

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE REHUSA CONTESTAR

If C08Q09 = (3,4,5,6,7,8,9) then ask Employed. If C08Q09 = (1,2) then skip to Hourswkd.

EMPLOYED Voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades relacionadas con el trabajo. ¿Hace-cualquier trabajo por una remuneración o beneficio?

[CATI NOTE: If they respond 1, 7 or 9 to this question they get asked question HOURSWKD. If they respond 2 they skip the other 2 questions in this section (HOURSWKD and NUMEMPS).]

Nota para el entrevistador: Si el entrevistado le pregunta por que nos preguntan sobre el empleo: Al preguntar sobre el empleo y donde la gente trabaja, el Departamento de Salud esta tratando de entender mas acerca de las companias que ofrecen seguro de salud.

Nota para el entrevistador: Si el entrevistado dice que han estado de vacaciones recientemente, todavia es necesario para obtener informacion sobre el empleo. Pregunte: En la actualidad trabaja por una remuneracion o beneficio?

- | | | |
|---|-------------------------|------------------------|
| 1 | Si | (skip to HOURSWKD) |
| 2 | No | (skip to next section) |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO | (skip to HOURSWKD) |
| 9 | REHÚSA CONTESTAR | (skip to HOURSWKD) |

HOURSWKD Si C07Q09 = (1,2) luego mostrar "Anteriormente, usted dijo que está (add trabajando) [llenar con cualquiera" empleado asalariado "o" por cuenta propia "].

¿Cuántas horas por semana trabaja **usualmente** en su trabajo principal?

Interviewer Probe: Por trabajo principal quiero decir aquel trabaja donde trabaja más horas.

- | | |
|----|-------------------------------|
| -- | Horas (70 = 70 hours or more) |
| 77 | No sabe/No esta seguro |
| 99 | Rehusa contestar |

NUMEMPS Pensando en la compañía donde trabaja ¿aproximadamente cuántos empleados trabajan en ella?

NOTA: SI NO SABE, ¿Cuál es su mejor estimación?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | 1 empleado |
| 2 | 2-50 Empleados |
| 3 | 50+ Empleados |
| 7 | NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | REHÚSA CONTESTAR |

Religion

Asked on all questionnaires.

RELIG Se considera usted (leer opciones 1-6)?

Nota del entrevistador: Si el entrevistado dice "sí" pregunte: "¿De qué religión eres?", Entonces elegir entre las siguientes opciones. Seleccione sólo una.

READ:

01. Protestante
02. Católico
03. Judío
04. LDS (Santos de los Últimos Días (Mormón))
05. Sin afiliación religiosa **[skip to next section]**
- O
06. Alguna otra religion que no he mencionado

77. NO SABE/ NO ESTA SEGURO (No leer) **[skip to next section]**

99. SE REHUSA (No leer) **[skip to next section]**

10. Agnostico, Ateo
11. Bautista, Bautista del Sur
12. Budista, Hindú, Musulmán (El Islam), Islam
13. Cristiano, Nacido de Nuevo, La Iglesia de Cristo, Pentecostal
14. Episcopal, Luterana, Metodista, Presbiteriana
15. Ortodoxa Griega, Ortodoxa Oriental
16. Testigo de Jehová
17. La religion Americana Nativa
18. Sin denominacion
19. Unitario

RELIGACTV ¿Cuántas veces por día, semana, mes o año asiste usted a servicios?

- 1 __ Por día
- 2 __ Por semana
- 3 __ Por mes
- 4 __ Por año

NO LEER:

- 8 8 8 NUNCA
- 7 7 7 NO SABE/NO ESTA SEGURA
- 9 9 9 REHUSA

Tobacco Questions

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

*If (1 or 2) “everyday” or “some days” to core 9.2, continue.
Otherwise, go to STSMK3.*

STSMK1 ¿En promedio, cuántos cigarros fuma al día?

__ __=Number of cigarettes

Numero de cigarillos

- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

STSMK2 Para la proxima pregunta, yo voy a leerle una serie de posibles respuestas. Por favor reponda 'Si' o 'No' para cada pregunta. Usted planea dejar de fumar...

ENTREVISTADOR: PAUSE ENTRE CADA CATEGORIA DE RESPUESTA PARA PERMITIR LOS ENCUESTADOS A RESPONDER “SI” O “NO” A CADA CATEGORIA. INGRESE EL CODIGO DE RESPUESTA PARA EL PRIMER “SI” Y LUEGO CONTINUAR A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

- 1 En los proximos 7 dias
- 2 En los proximos 30 dias
- 3 En los proximos 6 meses
- 4 En el proximo año
- 5 En mas de un año
- 6 You do not plan on quitting
No tengo planes de dejar de fumar

NO LEER

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

[All Respondents]

STSMK3 ¿Alguna vez a probado cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos?

- 1 Si (**Go to STSMK5**)
 - 2 NO
- DO NOT READ
- 7 Don't know / Not sure
 - 9 Refused

STSMK4 ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca?

- 1 Todos los días
 - 2 Algunos días
 - 3 Nunca
-
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
 - 9 REHÚSA CONTESTAR

If C09Q01 = 2, 7, or 9 then skip to STSMK9.

If C09Q02 = 1 or 2 ("everyday" or "some days") OR if C09Q04 < 05 (respondent quit smoking in the past year) continue to STSMK5. All others skip to STSMK9.

The next questions are about interactions with a doctor, nurse, or other health professional.

STSMK5 En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado para usted mismo(a)?

- 1 Si
 - 2 No (**Go to Q9**)
- NO LEER
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
 - 9 REHÚSA CONTESTAR

STSMK6 En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?

- 1 Sí
 - 2 No
- NO LEER
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK7 ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le recomendó o hablo de medicamentos para ayudarle a dejar de fumar, como el chicle de nicotina, parche, atomizador nasal, inhalador, pastillas, o medicamentos de prescripción como Wellbutrin/Zyban/Bupropion? (Well BYOU trin/ZEYE ban/byou PRO pee on)?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEER

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK8 Su doctor o proveedor de salud le recomendó a hablo de clases para cesar de fumar, o de un numero de teléfono para dejar de fumar, o aconsejería uno a uno de un proveedor de salud para ayudarle a dejar de fumar?

- 1 Sí
- 2 No

NO LEER

- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK9 ¿Vive usted actualmente en una ...

- 1. Residencia privada
- 2. Apartamento, condominio o casa de pueblo en el que se comparte una o más paredes con otra unidad
- O
- 3. Un dormitorio de escuela, apartamento de campus, casa de la fraternidad, o vivienda en casa de la facultad

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

STSMK10 ¿En cuántos de los últimos 7 días, ¿holio humo de tabaco del cigarrillo, puro o pipa de otra persona que llego hasta su casa de los departamentos cercanos o de afuera?

-- Número de días (límite de 1-7)

55 Yo no estaba en casa en los últimos 7 días

88 Ninguno

77 No sabe/no esta seguro

99 Rehusa contestar

STSMK11 En los últimos 30 días, alguien, incluyéndose a usted, a fumado, puros, cigarrillos, o pipas dentro de su casa?

1 Sí

2 No

NO LEER

7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

9 REHÚSA CONTESTAR

STSMK12 La siguiente pregunta es sobre el humo que podría haber respirado porque alguien estaba fumando, si usted estaba en el interior, al aire libre, en un vehículo, o cualquier otro lugar.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has respirado el humo de alguien que no sea usted que estaba fumando un cigarrillo, puro, pipa, o cualquier otro producto de tabaco?

-- Número de días (límite de 1-7)

88 Ninguno

NO LEER

77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO

99 REHÚSA CONTESTAR

Conocimiento de los Anuncios del Tabaco

Ask of every respondent on all legs of the questionnaire.

SMOKEAD En los últimos 30 días, ¿cuántas veces has visto los anuncios en la televisión alentar a los fumadores a dejar de fumar o sobre los peligros de fumar?

1 Nunca

2 Alrededor de una vez o dos veces en los últimos 30 días

3 Una vez a la semana

4 Varias veces a la semana

NO LEA
7 No sabe / No está seguro
9 Rehusa contestar

Medicamento para el Dolor por prescripción

Ask on questionnaire 11/21.

STPPM1 En el último año, ¿uso algún medicamento para el dolor que se les **prescribió** (**prescripto**) a usted por un médico?

- 1 Si
- 2 No (include “not prescribed” and “prescribed but did not use”) (**skip to STPPM5**)
- 7 No sabe/Noesta seguro (**skip to STPPM5**)
- 9 Se rehusa (**skip to STPPM5**)

STPPM2 La última vez que se le dio una prescripción de medicamentos para el dolor , uso alguna de las medicinas para el dolor con más frecuencia o en dosis más altas de lo indicado por un médico?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro
- 9 Se rehusa

STPPM3 La última vez que se le dio una prescripción de medicamento para el dolor, le sobro medicamento?

- 1 Si
- 2 No (**skip to STPPM5**)
- 7 No sabe/ No esta seguro (**skip to STPPM5**)
- 9 Se rehusa (**skip to STPPM5**)

STPPM4 Que hizo con el medicamento **prescrito** (**prescriptado**) para el dolor que le sobro?

(Interviewer, **DO NOT READ RESPONSES**)

- 1 **Gurdo** (**Lo guarde**)
- 2 Lo tiro
- 3 Lo dio a otra persona
- 4 Lo vendio

- 5 Otro (SPECIFY): _____
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Se rehusa

STPPM5 Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de medicamentos para el dolor que no fue recetado específicamente para usted por un médico.

En el último año, ¿usted uso medicamentos para el dolor que no fueron recetados específicamente para usted por un médico? Sólo queremos saber sobre los medicamentos con receta no los medicamentos que están disponibles en el mostrador

- 1 Si
- 2 No (**skip to next section**)
- 7 No sabe/No esta seguro (**skip to next section**)
- 9 Se rehusa (**skip to next section**)

STPPM6 ¿Cómo obtuvo el medicamento recetado para el dolor ?
(**Interviewer note:** refiriéndose a la última vez que utilizó medicamentos para el dolor no recetados para usted.)

- 1 Dado en forma gratuita por un amigo o pariente
- 2 Tomado de alguien sin su conocimiento
- 3 Comprado a un amigo o pariente
- 4 Comprado a alguien en calle
- 5 Comprado por internet
- 6 Otro (Specify: _____)

Conocimiento de la Hipertensión

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

HighBP ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tiene presión arterial alta?

Read only if necessary: By “other health professional” we mean a nurse practitioner, a physician’s assistant, or some other licensed health professional.

If “Yes” and respondent is female, ask: “Was this only when you were pregnant?”

- 1 Sí
- 2 Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo durante el embarazo

- 3 No [Go to next section]
- 4 Le dijeron presión arterial alta o pre-hipertensión [Go to next section]

- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Rehusa contestar [Go to next section]

HBPMeds Actualmente esta tomando medicamento para su presión arterial alta?

- 1 Yes
- 2 No

- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

Prevalencia de Pre-Hipertensión

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

CATI: Ask if respondent answered 2,3,7, or 9 to HighBP. If respondent answered 1 or 4 to HighBP skip to next section.

PREHYP ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que esta en el limite de tener presión arterial alta o pre-hipertensión?

- 1 Sí
- 2 Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo durante el embarazo
- 3 No
- 7 No sabe/No esta seguro
- 9 Rehusa contestar Actions to Control High Blood Pressure

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

Ask if HighBP=1.

¿Le ha recomendado alguna vez un médico u otro profesional de la salud hacer las siguientes cosas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

HBP1 ¿(Le han recomendado alguna vez) cambiar sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

HBP2 presión ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

HBP3 su ¿(Le han recomendado alguna vez) hacer ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

HBP4 alta)? ¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

HBP5 ¿(Le han recomendado alguna vez) tomar medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusa contestar

Ácido Fólico

Ask on Questionnaires 12/22 and 13/23. Ask of women 18 – 44 years old.

SPRL1 ¿Actualmente está tomando vitaminas o complementos?
(Instrucciones para el entrevistado: Incluya suplementos liquid)

- 1 SÍ
- 2 No (Go to SPRL5)
- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO (Go to SPRL5)
- 9 REHÚSA CONTESTAR (Go to SPRL5)

SPRL2 ¿Alguno de éstos son multivitaminas?

- 1 Si (Go to SPRL4)
- 2 No

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

SPRL3 ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico?

- 1 Si
- 2 No (Go to SPRL5)

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO (Go to SPRL5)
- 9 REHÚSA CONTESTAR (Go to SPRL5)

SPRL4 ¿Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos?

Enter times per Day, per Week or per Month

- 1 __ __ VECES AL DÍA
- 2 __ __ VECES A LA SEMANA
- 3 __ __ VECES AL MES

- 777 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 999 REHÚSA CONTESTAR

SPRL5 ¿Ha escuchado del ácido fólico de la vitamina B?

- 1 Si
- 2 No (Go to SPRL7)

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO (Go to SPRL7)
- 9 REHÚSA CONTESTAR (Go to SPRL7)

SPRL6. [Flow instruction: only ask of those who answered “yes” to SPRL5]
 ¿Donde escuchó o leyó sobre el ácido fólico de la vitamina B?

INTERVIEWER: MARCA TODOS LOS MENCIONAN, PERO NO

SONDEO

- 01 Médico/Ginecólogo/Médico General/Médico de Familia
- 02 Enfermero/a
- 03 Empleados de la Clínica
- 04 Folletos y literatura en la oficina de su proveedor de salud
- 05 Amigo o pariente
- 06 Afiche en los productos (comida, vitamina)

- 07 Revista o periódico
- 08 Radio o televisión
- 09 Escuela
- 10 Libros
- 11 Internet
- 12 Revista profesional
- 13 WIC (Las mujeres, bebés y niños)

- 66 OTRO
- 77 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 99 REHÚSA CONTESTAR

SPRL7 Algunos expertos en la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de ácido fólico proveniente de la vitamina B, ¿cuál es la razón de esto?:

Para fortalecer los huesos, Para prevenir defectos de nacimiento, Para prevenir la presión sanguínea alta o Por alguna otra razón?

LEA

- 1 Para fortalecer los huesos
- 1 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presión sanguínea alta
o
- 4 Por alguna otra razón

- 7 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO
- 9 REHÚSA CONTESTAR

Caminar

Ask on questionnaires 12/22 and 13/23.

Walking En los últimos 30 días, ha aumentado su actividad física caminando mas?

- 1 Si
- 2 No

- 77 No sabe/ No esta seguro
- 99 Rehusa contestar

Missing two sections:

Asthma Call-Back Permission Script

CATI Note: Si el encuestado o su niño alguna vez ha sido diagnosticado con asma, vaya al asma avocación guion permiso. Todo los de más va Seguimiento guion a otro.

AFU1 Nos gustaría llamarte de nuevo dentro de las próximas 2 semanas para hablar con más detalle sobre las experiencias (usted / su hijo) con asma. La información se utilizará para ayudar a desarrollar y mejorar los programas de asma en Utah. La información que nos dio hoy y cualquiera que usted nos proporcione en el futuro se mantendrá confidencial. Si está de acuerdo con esto, mantendremos su nombre o iniciales y el número de teléfono en el archivo, separado de las respuestas recogidas hoy. Incluso si usted está de acuerdo ahora, usted u otros puedan negarse a participar en el futuro. ¿Estaría bien si te llamamos de nuevo a hacer preguntas adicionales relacionadas con el asma en otro momento?

1 Si

2 No

AFU2 Me puedes dar (tu/tus hijos) primer nombre o iniciales, así que voy a saber a quién preguntar para cuándo nos llamamos?

_____ Pone primer nombre o iniciales

Asthma Call-Back Selection

¿Qué persona en el hogar fue seleccionado como el tema central sobre la llamada de asma?

1 Adulto

2 Niño

Me puedes dar (tu/tus hijos) primer nombre o iniciales, así que voy a saber a quién preguntar para cuándo nos llamamos?

_____ Pone primer nombre o iniciales

And missing section

State Follow-up Question

STFU1 De vez en cuando los programas del Departamento de Salud o de los investigadores de las universidades de Utah les gustaría hacer encuestas de seguimiento. ¿Me

puedes dar su nombre si nos comuniquemos con usted en el futuro podemos pedir por usted específicamente? Siempre nos puede decir en ese momento si no desea participar en la encuesta.

Solo escriba el primer nombre del demandado

99 Rehusó dar el nombre o no quiere estar contactado

Closing (Not translated in to Spanish at all, still in English)

MLS- 244635